In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









Le mélanome

I. Introduction

1. Les mélanomes sont des Tm malignes développées aux dépends des mélanocytes.
2. Les FDR :
   - L'exposition solaire
   - le phototype clair
   - la présence d'un grand nombre de nævus
3. Le diagnostic repose sur la clinique - aidé par la dermatoscopie - confirmé par l'histo
4. L'exérèse chirurgicale constitue le seul traitement curatif du mélanome.
5. Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, l'indice de Breslow !!!

II. Epidémiologie

- ***Incidence :*** Elle double environ tous les 10 ans dans les pays à population blanche.
- ***Age de survenu :*** C'est une tumeur qui touche tous les âges
  en dehors de l'enfant chez qui le mélanome est exceptionnel.
- ***Sex-ratio :*** Prédominance féminine

III. Facteurs étiologiques :

1. *Le rôle de l'environnement : l'exposition solaire*

1) Le soleil est le seul facteur d'environnement impliqué dans l'épidémiologie du mélanome
2) Il y a des exceptions : (mélanomes ne sont pas directement liés aux expositions solaires)
   - les mélanomes des paumes et des plantes ainsi que
   - les mélanomes des muqueuses

2. *La prédisposition familiale : les facteurs génétiques*

1) Environ 10% des mélanomes surviennent dans un contexte de mélanome familial
   (Défini comme *au moins 2 mélanomes sur 3 générations)*
2) Sont génétiquement transmises :
   - la sensibilité au soleil qui s'exprime par le phototype : les + sensibles sont
     - ➔ Les sujets à peau claire à cheveux blonds les roux
     - ➔ les sujets qui ont des éphélides
   - la capacité à générer des nævus qui se traduit par le phénotype naevique
     c.à.d. Le nombre, la taille et l'aspect des nævus

3. *Autres facteurs:*

- L'immunodépression
- Les troubles de la réparation de l'ADN

❖ ***Les précurseurs***

1) En l'absence de méthode satisfaisante pour apprécier la fréquence des mélanomes sur nævus, On admet que la plupart des mélanomes naissent de novo
2) Le risque de transformation maligne des petits nævus « communs » est quasi nul
3) Seuls les nævus congénitaux de grande taille ont un risque élevé de transformation

❖ ***Les marqueurs de risque de mélanome***

1. ATCD familiaux de mélanome
2. ATCD personnels de mélanome
3. ATCD d'expositions solaires intenses
4. la couleur claire de la peau et des cheveux (les roux avec des éphélides) –> Youcef
5. un nombre élevé de nævus :
   - ➔ le « Syndrome du nævus atypique » représente le phénotype à risque

IV. *Le diagnostic positif : Le diagnostic du mélanome est anatomo-clinique*

1) Diagnostic clinique Il repose sur :

- l'analyse morphologique d'une lésion cutanée
- l'histoire de cette lésion rapportée par le malade

➔ Un mélanome se présente habituellement sous la forme d'une lésion : ABCDE !!!

A. Asymétrique
B. Bords irréguliers
souvent encochés ou polycycliques
ou se prolongent en coulées d'encre accentuant l'asymétrie de la lésion
C. La couleur est inhomogène avec des nuances variables dans les teintes :
- (du brun au noir)
- (des zones décolorées blanches)
- (inflammatoires rouges)
- (cicatricielles bleutées).

D. L'évolutivité, se traduit par
- un diamètre (D) >6 mm et
- l'extension (E) permanente: la lésion change de taille – forme – couleur – relief

➔ ***La microscopie de surface*** par épiluminescence ou dermoscopie permet :
d'augmenter la sensibilité et la spécificité de l'examen à l'œil nu

2) Diagnostic histologique

- Toute lésion suspecte de mélanome doit être excisée pour un examen histopathologique
- L'histogenèse des mélanomes suit la théorie biphasique :

Phase 01
- (phase intraépidermique) « *horizontalement* » en nappe au dessus de la membrane basale
- (phase *microinvasive*) dans le derme superficiel

Phase 02
- (phase invasive) « *verticalement* » pénétrant profondément le derme

❖ L'examen histologique permet de:
- ❑ Affirmer la nature mélanocytaire de la tumeur
- ❑ Affirmer sa malignité
- ❑ Evaluer son degré d'invasion en profondeur et de mesurer son épaisseur (Indice de Breslow) !!! Le principal facteur pronostique

V. Formes anatomo-cliniques

1) ***mélanome superficiel extensif :*** 60 à 70 % des cas
   1) réalise une Macule ou une plaque pigmentée
   2) à surface lisse ou légèrement squameuse

2) ***mélanome nodulaire :*** 10 à 20 %des cas
   1) d'emblée invasif
   2) réalise un nodule arrondi
   3) de coloration bleu noirâtre
   4) entouré d'un halo inflammatoire

3) ***mélanome acrolentigineux :*** 2 à 10 % des cas (35% à 60% chez les sujets à carnation foncée)
   1) il réalise une macule brune, noire parfois achromique
   2) évolue vers la formation d'une plaque pigmentée (2 – 3 cm)
   3) Les bords sont déchiquetés
   4) la surface peut être lisse ou hyperkératosique
   5) Topographie : les paumes, les plantes et les ongles

4) ***mélanome de Dubreuilh :*** 5 à 10 % des cas
    1) il réalise une macule brune à type de lentigo solaire
    2) s'étend progressivement avec les années pour atteindre 3 à 6cm de diamètre ou +
    3) Les Bords très irréguliers et déchiquetés.
    4) La Couleur est variable: brun clair au noir très foncé avec zone achromique
    5) Topographie : visage du sujet âgé
5) ***mélanomes des muqueuses :*** 5% des Mélanomes
    1) Aspect: Souvent lentigineux,
    2) rarement nodulaire

VI. le diagnostic différentiel :

➔ Il doit écarter les autres tumeurs noires considérablement plus fréquentes que le mélanome

1) **Les nævus :** hyperplasie des mélanocytes, circonscrite et bénigne
2) **Les mélanoses circonscrites :** les simples pigmentations
    - (les taches café au lait)
    - (les éphélides des roux)
3) **Les kératoses séborrhéïques**
4) **Les carcinomes basocellulaires « tatoués »** aspect perlé
5) **Les angiomes thrombosés**
6) **Botryomycome**
7) **Fibrome mou (molluscum pendulome)**
8) **Hémorragies sous-unguéales** : après un traumatisme

VII. L'évolution

- L'évolution spontanée habituelle est marquée par
    1) un envahissement local
    2) extension possible à la peau adjacente ou à distance
    3) extension aux ganglions régionaux
    4) apparition de métastases habituellement multiples (Tissus mous, poumons, foie…)
- La majorité des métastases survient

  2 et 5 ans après le TRT de la tumeur primitive

VIII. Le pronostic

- Le diagnostic précoce et l'exérèse correcte sont les clés du pronostic.
- Les marqueurs pronostiques:
    1) Indice de Breslow
    2) Ulcération
    3) Régression histologique

IX. Le traitement

1) ***La chirurgie :***
    - ❑ L'exérèse de la tumeur le plus précoce possible
    - ❑ Les limites de l'exérèse chirurgicale :
    - déterminées en fonction de l'épaisseur de la tumeur, c.à.d de l'indice de Breslow
2) ***Les chimiothérapies :***
    - divers drogue et protocoles sont utilisés
    - mais le mélanome reste peu sensible à la chimio
3) ***La radiothérapie :***
    - en cas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique
4) ***Les biothérapies et la vaccination anti tumorale :*** *prometteuses*

X. Le dépistage :

- *doit être précoce pour être efficace : risque d'invasion et de métastases*
- *Les médecins doivent savoir examiner tout le tégument de leur patient.*
- *Ils doivent être formés au repérage des lésions suspectes*

XI. La prévention

1) *Informer sur*
    - *les risques liés à l'exposition solaire*
    - *les moyens de protection*
2) *Éviter les expositions solaires intenses et répétées (heures où les Rx UV sont maximal)*
3) *il n'y a donc aucun intérêt à l'exérèse systématique préventive des nævus communs.*
    - *Seule l'exérèse préventive précoce des grands nævus congénitaux est souhaitable*
4) *Eduquer les patients à l'auto surveillance et à la reconnaissance des lésions potentiellement suspectes*
5) *Surveiller les patients a risque*